# Beiträge zur Chiloplastik.

Inaugural-Dissertation

von

**Richard Schaefer,**
appr. Arzt.

**Nordhausen.**
Buchdruckerei von Theodor Müller.
1885.

# Beiträge zur Chiloplastik.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

**Hohen medicinischen Facultät**

der

königlichen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

**Erlangung der Doctorwürde**

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

**Richard Schaefer,**
appr. Arzt
aus Nordhausen am Harz.

**Nordhausen.**
Buchdruckerei von Theodor Müller.
1885.

Referent: Herr Hofrath Professor Dr. Maas.

Seinen lieben Eltern

zum Zeichen

dauernder Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

# Begriffsbestimmung und Indicationen der Chiloplastik.

Die Definition der plastischen Operationen im Allgemeinen hat bei den verschiedenen Autoren, die darüber schrieben, viele auf Schwierigkeiten gestossen, weil man die Grenzen zwischen Plastik und einfacher Wundvereinigung nicht scharf genug ziehen konnte. Man wollte die plastische Chirurgie immer einen höheren Rang einnehmen lassen, weil hier der Chirurg etwas Unvollkommenes vervollkommt und etwas Neues schafft, während er sonst nur zerstört und fortnimmt. In den früheren Jahrzehnten bis zu den sechziger Jahren stellte man sich mehr auf den Standpunkt des Operirenden und verstand unter plastischen Operationen nur solche, bei denen der Operateur zur Deckung von Defekten nicht nur die Haut heranzog, sondern durch Führung von kunstvollen Schnitten zur Beweglichkeit derselben beitrug. Offenbar forderte man in jener Zeit die Quetschung der Wundränder mehr als heute, und bei den geringsten Defekten glaubte man Seitenincisionen zur Aufhebung der Spannung machen zu müssen, während man heute diese nicht allzusehr fürchtet.

Mit Recht hat daher G. Simon in der Prager Vierteljahrsschrift 1866 IV 92 p. 3 u. ff. hervorgehoben, dass man sich bei der Bestimmung des Umfanges der plastischen Operationen mehr auf objectiven Standpunkt stellen müsse und den Effect der Operation nach einem vorausgegangenen Defekt berücksichtigen müsse: es könne nach der obigen Auffassung vorkommen, dass dieselbe Operation bei einem Operateur eine plastische genannt werden müsse, während sie bei einem anderen diesen Rang nicht einnehmen dürfe, obgleich sie bei diesem eine grössere Vollkommenheit erreicht hat, als bei jenem. Simon hat daher für den Begriff der Plastik folgende drei Momente festgesetzt: 1) Bei der Operation muss eine Spalte, ein Defekt gedeckt werden, 2) die zu vereinigenden Theile müssen

künstlich zugeschnitten, 3) die zugeschnittenen Theile müssen auf's Genaueste vereinigt werden. Uebertragen wir diese Punkte auf die Chiloplastik, so müssen wir zu derselben nicht nur die einfache Vereinigung der Wundränder nach Keilexcision einer Geschwulst rechnen, sondern auch die Operation der Hasenscharte. Gleichwohl hat der Sprachgebrauch die letztere Operation, die man zwar jetzt allgemein zu den plastischen, was früher nicht geschah, rechnet, aus dem Begriff der Chiloplastik abgesondert und sie einfach Operation der Hasenscharte genannt, weil sie besonderes Interesse und andere Operationsmethoden verlangt, als die Chiloplastik. Ebenso hat auch die Stomatoplastik ihre besondere Stellung.

Es bleiben somit folgende Arten von Substanzverlusten an der Lippe, bei deren Wiederersatz man von Chiloplastik sprechen kann. Man kann dieselben zweckmässig in zwei Gruppen theilen. Zu der ersteren rechnen wir die Verwundung an den Lippen, wie sie bei Selbstmordversuchen und Verbrennung vorkommt, die gangränöse Zerstörung bei Noma oder Typhus und die ulcerösen Prozesse durch Syphilis und Lupus. Zu der zweiten Kategorie gehören die Defekte, welche zum Zweck der Heilung einer Geschwulst künstlich herbeigeführt werden. Zu den häufigsten Neubildungen an den Lippen gehört das epitheliale Carcinom; dasselbe wählt seinen Sitz fast nur an der Unterlippe. An der Oberlippe kommen mehr Telangiektasien vor.

Man versteht also unter Chiloplastik die Deckung oder Ausgleichung eines durch krankhafte Prozesse oder traumatischen Eingriff entstandenen Substanzverlustes der Unterlippe oder Oberlippe mit Hülfe herbeigezogener Haut.

Die Folgen, die ein Defekt der Lippen ohne Operation hervorbringt, schildert Zeis in folgender drastischer Weise (Plastische Chirurgie pag. 397): Die grässlichste, dem Gesichte Aehnlichkeit mit einem reissenden Thiere gebende Entstellung, die Unmöglichkeit, den Speichel im Munde nach Willkühr zurückzuhalten, das Schwarzwerden, die Depravation und das Ausbrechen der Zähne, die Entartung des Zahnfleisches, der Vorfall der Zunge ausserhalb der Mundhöhle durch die entstandenen Zahnlücken, die Unverständlichkeit der Sprache, die grössten Beschwerden beim Essen, und, wenn der Defekt der Lippen bereits im kindlichen Alter entstand, die Vergrösserung der Kieferbögen, dies ist eine kurze Andeutung der Leiden, mit denen ein der Lippen Beraubter zu kämpfen hat.

# Geschichtliches.

Die älteste Geschichte der Chiloplastik hängt mit der der Rhinoplastik eng zusammen. Wie diese wurde auch die Chiloplastik von den alten Indiern geübt, bei denen neben dem Abschneiden der Nasen auch die Verstümmelung der Lippen als Strafe für Kriegsgefangene im Gebrauch war. Die Ersetzung des Defektes geschah aus der Nähe mit Umdrehung des Lappens. Das Nähere dieser Methode ist uns bei der Chiloplastik nicht bekannt geworden. Nächstdem sind die Anfänge der Chiloplastik im Abendlande bei Celsus zu finden (Celsus, lib. VII Cap. 9). Derselbe ersetzte einen viereckigen Lippendefekt durch Herbeiziehung der Haut von der Seite her, indem er durch zwei quere Schnitte einen Lappen bildete, den er aber nicht von seiner Unterlage trennte.

In Italien wurde die Chiloplastik, nachdem Branca die Rhinoplastik erfunden hatte, von dessen Nachfolgern geübt und von Tagliacozzi beschrieben (Tagliacotius, De Chirurgia curtorum per insitionem). Diese verrichteten den Ersatz der Lippen, wie den der Nase aus der Armhaut. Tagliacozzi bezeichnet aber selbst die Operation als nur in dringenden Fällen zulässig, wegen der Zweifelhaftigkeit des Erfolges. Nach Tagliacozzi, der im Jahre 1597 sein Werk schrieb, gerieth mit der plastischen Chirurgie auch die Chiloplastik in Vergessenheit, bis sie durch von Graefe wieder zur Geltung gebracht wurde (Graefe's und v. Walthers Journal Bd. 2 pg. 10). Er wandte im Jahre 1820 zum Ersatz einer zerstörten Oberlippe die italienische Methode an, indem er einen Armhautlappen bildete, freilich mit dem unglücklichen Ausgange in Gangrän des Lappens. Die nächsten Versuche mit der Chiloplastik waren die, welche Delpech im Jahre 1823 nach der indischen Methode anstellte. Dieser suchte den totalen Verlust der Unterlippe durch einen Hautlappen vom Halse her zu ersetzen. Er bildete den Lappen so gross, dass er das unterste Dritttheil auf das mittlere Dritttheil umschlagen konnte. Dann drehte er den Lappen und setzte ihn in den Defekt ein. Die neugebildete Lippe war somit auch auf der inneren Seite mit Epidermis bedeckt. Es starb jedoch beinahe der ganze Hautlappen ab und der übrige Theil verwuchs mit dem Zahnfleische.

Sein zweiter ähnlicher Versuch missglückte ebenfalls, indem der Patient 14 Tage nach der Operation starb. (Delpech, Chirurgie clinique de Montpellier ou observations et reflexions terées. Tom. II. Paris 1828 pg. 587 und 593.) Nach derselben Methode ersetzte mit glücklicherem Erfolge Dupytren einem Kinde die fehlende Commissur, einen Theil der Oberlippe und einen grossen Theil der rechten Seite des Unterkiefers in 3 Sitzungen. (Revue medicale; Août 1830. von Graefe's und von Walther's Journal Bd. 15 pg. 169.) Weitere Versuche mit dieser Methode haben nur noch Textor (Isis, Bd. 21, pg. 496), Lallemand und Charles Viguerie (Bulletin de l'academie royale de médecine No. 1. October 1836) veranstaltet. Doch konnte sie sonst keine Nachahmer finden, und zwar mit Recht; denn selbst wenn der Erfolg Anfangs ein guter war, so beginnt der Lappen bald zu schrumpfen oder mit dem Kiefer zu verwachsen. Ein weiterer Schritt in der Chiloplastik geschah durch die Beschreibung der Operation Choparts. Dieser bewirkte noch vor der Wiedererwachung der plastischen Chirurgie den Ersatz der Unterlippe durch Herbeiziehung der Haut vom Kinn. (Chopart, Mémoire sur la meilleure forme des aiguilles propres à la réunio des plaies.) Die Kenntniss dieser Methode gelangte aber erst spät nach von Graefe's und Delpechs Versuchen nach Deutschland (cf. Zeis, Literatur der plast. Chirurgie pg. 260). Da diese Methode noch heute angewendet wird, so werden wir sie unter die Beschreibungen der Operationsverfahren bringen. Verbesserungen dieser Methode versuchten Auvert und Zeis, die wir ebenfalls weiter unten beschreiben werden. Andere Modifikationen waren die von Richerand und Roux de St. Mazimin, die nur die Haut, nachdem sie einen bogenförmigen Defekt hergestellt hatten, vom Kinn lospräparirten, sie wie eine Schürze nach oben zogen und durch Heftpflasterstreifen befestigten. Roux resecirte dabei, wenn ihm der Unterkiefer beim Heraufziehen der Haut im Wege war, sogar ein Stück davon weg.

Bis zu dieser Ausbildung stand die Chiloplastik noch auf einer ziemlich niederen Stufe. Fehlte doch der neugebildeten Lippe das, was sie erst zu einer Lippe macht, nämlich die innere Auskleidung mit Schleimhaut. Da war es denn Dieffenbach, der sich ihrer an nahm und sie wesentlich verbesserte. Einmal wandte Dieffenbach, um die Ränder eines dreieckigen Defektes der Unterlippe nähern zu können, vertikale Seitenincisionen durch die Wangen an und in einem Falle umsäumte er noch die neugebildete Unterlippe mit rother

Substanz der Oberlippe, indem er von jedem Mundwinkel zum Septum der Nase einen Schnitt anlegte und die Spitzen der gebildeten Lappen, die früher am Mundwinkel lagen, mit einander vereinigte. (Dieff., Chirurg. Erfahr. Berlin 1834, III. u. IV. p. 101.)

Die durchschlagendste Methode aber, welche Dieffenbach einführte, war die seitliche Verschiebung zweier Lappen aus den Wangen. Diese Methode ist von verschiedenen Chirurgen modificirt und verbessert worden und ist diejenige, welche im Princip am meisten angewendet wird und die besten Resultate giebt. Nach Dieffenbach hat die Chiloplastik keine so bedeutenden Fortschritte gemacht, dass man eine neue Periode derselben annehmen könnte. Zwar sind noch viele andere Verfahren später beschrieben worden, aber theils sind dieselben nur in bestimmten Fällen anwendbar, theils ist das Princip derselben von anderen Methoden entlehnt.

Wir wollen nun im Folgenden versuchen, bei möglichster Vollständigkeit, eine Uebersicht über die Methoden der Chiloplastik zu geben, können deshalb auf die einzelnen Fälle, bei denen sie angewendet ist, nebst Mittheilung des Erfolges der Operation nicht recurriren, sondern müssen uns begnügen, neben der Beschreibung der Methode eine kurze allgemeine Kritik zu geben.

## Operationsmethoden der Chiloplastik.

Was zunächst die einfache Exstirpation des Krankhaften und Vereinigung der Wundränder mit der Naht ohne Hinzufügung von Hülfsschnitten betrifft, so ist hier wenig hinzuzufügen. Die Form, in der der Defekt hier gebracht wird, ist der U-förmige und der

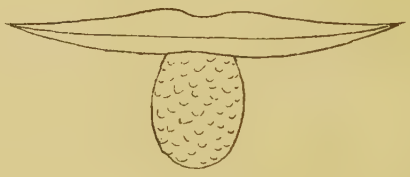
*Fig. 1*

*Fig. 2*

Keilschnitt. Diese Schnitte können nun je nach dem Sitze und der Grösse des zu entfernenden Krankhaften Modificationen erleiden, von denen nur folgende erwähnt werden sollen: Der Keilschnitt kann mit geradlinigen Schnitten von ungleicher Länge mit oder ohne gebrochenem Verlauf angelegt werden; siehe Figur 1 und 2.

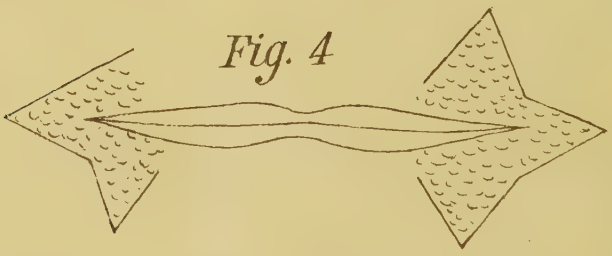
Statt mit geraden Schnitten wird auch das Keilstück mit gekrümmten Schnitten ausgeschnitten, wobei gesunder rother Lippensaum erhalten wird.

*Fig. 3*



Endlich können die einfachen Schnittformen vervielfältigt und kombinirt werden. Es können mehrere Keilschnitte in verschiedener Richtung und von verschiedener Form angewendet werden. Siehe Fig. 4.

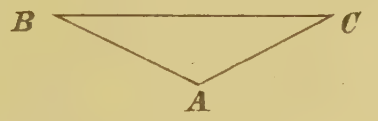
*Fig. 4*



Oder es wird der Keilschnitt mit einem oder mehreren Bogenschnitten, der Viereckschnitt mit einem oder mehreren Keilschnitten verbunden.

Bei weitem zahlreicher und mannigfaltiger, als die Methoden der blossen Entfernung des Kranken und direkten Vereinigung sind die, bei denen zum Beweglichmachen der umgebenden Haut weitere Schnitte nöthig sind. Als Eintheilungsprincip hat man hierbei die Form des Defekts gewählt und so unterschieden: dreieckige, bogen-

förmige und viereckige Defekte. Da aber die Plastik der dreieckigen und der bogenförmigen Unterlippendefekte viel Aehnlichkeit haben, so werde ich diese beiden zusammen abhandeln. Wir beginnen daher mit der Beschreibung der Methode der Chiloplastik der Unterlippe bei dreieckigem und bogenförmigem Substanzverlust. Hierbei können wir zuerst eine Gruppe von Methoden zusammenfassen, denen ein gemeinschaftliches Princip zu Grunde liegt, bei denen nämlich der neue Lippenrand aus dem Schenkel des dreieckigen Defekts resp. Rande des Bogens gebildet wird. Ist A B C




der Defekt, so wird A nach oben verlegt und B A und A C oder der grösste Theil dieser Ränder wird zum Lippenrande.

Diese Methoden haben den gemeinschaftlichen Nachtheil, dass bei grösseren Defekten die neue Lippe an der inneren Seite keine Schleimhaut besitzt und daher leicht schrumpft und die Zähne nur mangelhaft bedeckt. Bei kleinen Defekten ist es noch möglich, die neue Lippe mit Schleimhaut zu umsäumen, dadurch, dass man die Schnitte A B und A C mit schräg nach oben gehaltenem Messer anlegt, so dass mehr Schleimhaut als äussere Haut stehen bleibt, und erstere umgeschlagen und vernäht werden kann.

1. Methode von Ried. (Wegner, Diss. de Chiloplastice lab. inf. Jenae 1853 p. 19.) Dies Verfahren besteht darin, dass man von der Spitze des dreieckigen Defektes A aus (Fig. 5) zwei

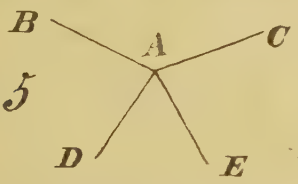



Fig. 5

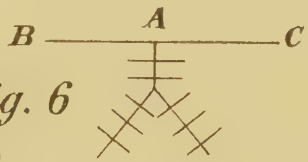


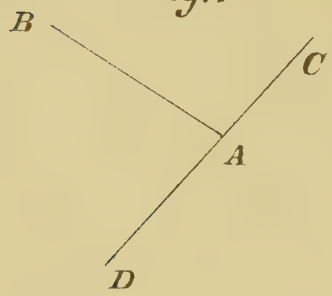

Fig. 6

Schnitte nach aussen und unten führt A D und A E, die beiden Lappen B A D und C A E lospräparirt, nach oben verschiebt und in der Weise vernäht, wie Figur 6 angiebt.

2. Eine ähnliche Methode, wie diese, bei welcher der Schnitt nur einseitig geführt wird, beschreibt Blasius (Bl., Klinische Zeit-

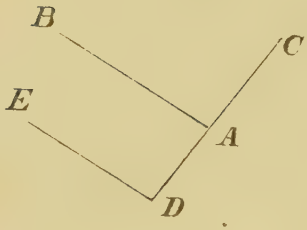
schrift für Chir. und Augenheilkunde. Halle 1836. Bd. 1, Heft 3). Wenn man den Substanzverlust als schiefes Dreieck anlegen kann A B C (Figur 7), so verlängert man C A über A hinaus, bildet so den Lappen B A D, den man loslöst und vereinigt A mit C. Beide Methoden sind leicht ausführbar, aber es kann, wegen der Dehnung der Lappen, dieser sich leicht retrahiren. Sie sind daher nur bei kleinen Defekten in Form flacher Dreiecke anzuwenden.

*Fig. 7*




3. Zur Verhütung der Spannung der Lappen hat Auvert (Selecta praxis medico-chirurgicae Tab. 43 u. 44. Parisiis 1851.) dem bei dem letzten Verfahren angewendeten Schnitte noch einen neuen hinzugefügt. Er führte von dem Endpunkte D des ersten Schnittes (Fig. 8.) einen A B parallelen Schnitt D E und vereinigte, nach Loslösung des Lappens B A D E, A D mit A C.

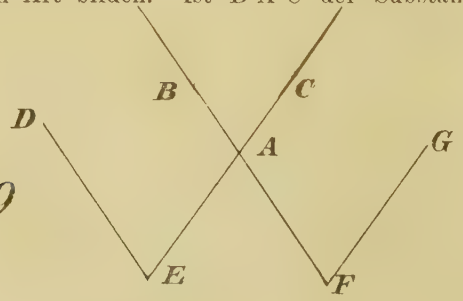
*Fig. 8*




Dies Verfahren lässt sich zweckmässig auch nur bei Defekten von der Form schiefer Dreiecke anwenden.

4. Sind die Seiten des Dreiecks nicht sehr von einander in der Grösse verschieden, so kann man nach Heyfelder (Göschen, Deutsche Klinik 1860 pg. 370) zwei Lappen von der in Nr. 3 beschriebenen Art bilden. Ist B A C der Substanzverlust (Fig. 9),

*Fig. 9*



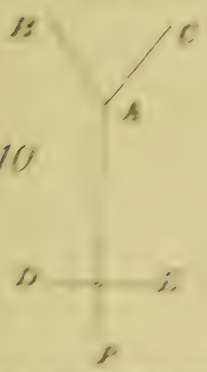



Fig. 10

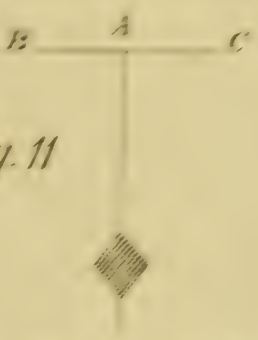



Fig. 11

Fig. 12

geht von der Mitte des Bogens B aus und reicht bis zum Zungenbein. Das Lospräpariren und Hinaufschieben geschieht wie vorher. Das Herabsinken der beiden Lappen soll durch die in horizontaler Richtung vorgenommene Vereinigung der beiderseits über den Mundwinkel hinausgeführten winkelförmigen Enden des Bogenschnitts verhindert werden.

7. Ein Verfahren, welches auch bei grossen Defekten zur Anwendung kommen kann, ist das zweite von Blasius beschriebene. (Klin. Zeitschrift für Chir. und Augenheilk. Bd. 1. Heft 3, pg. 387.) Blasius musste bei einem ausgedehnten Lippenkrebse die ganze Unterlippe über die Mundwinkel und das Kinn hinaus exstirpiren. Dies that er mit 2 bogenförmigen Schnitten a und b (Fig. 13), welche an der Oberlippe beginnend um die Geschwulst herumgingen, $2^1/_2$ ctm unter dem Kinne sich vereinigten. Darauf präparirte er die Geschwulst vom Kiefer los. Nach der Blutstillung führte nun Blasius auf den Schenkeln senkrecht stehend und 2 ctm von A entfernt in B und C zwei Schnitte abwärts bis zum Kieferrande D und E, dann wieder aufwärts steigend am Kieferrande entlang. Die umschnittenen Lappen F D B und G E C löste er los und vereinigte B D mit C E. Den übrig bleibenden Defekt deckte er so, dass er den Schnitt A H führte, die Lappen H A B D und H A C E lospräparirte und nach oben zu den beiden anderen Lappen schob; dann wurde Alles vernäht bei vorwärts geneigtem Kopfe. F D kam an B A und G E an C A (siehe Fig. 14). Die Verwundung ist bei dieser Methode eine grosse, es wird die A.

*Fig. 13*

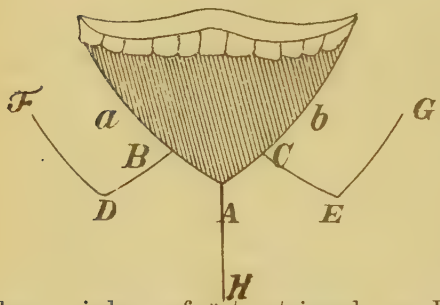
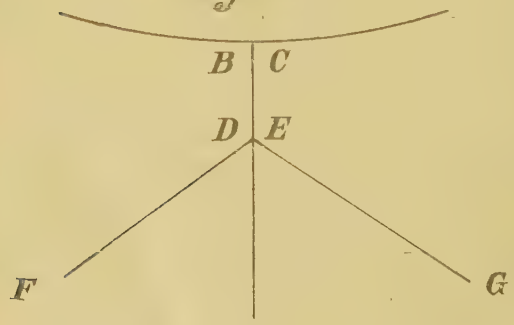



*Fig. 14*



max. ext. durchschnitten und die Lappen werden stark gedehnt Ausserdem wird der Vereinigungspunkt der 4 Lappen schwer herzustellen sein, sondern ein Loch zurückbleiben, das durch Granulationen heilt.

*Fig. 15*

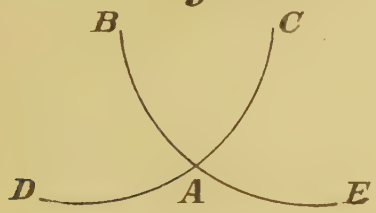



*Fig. 16*

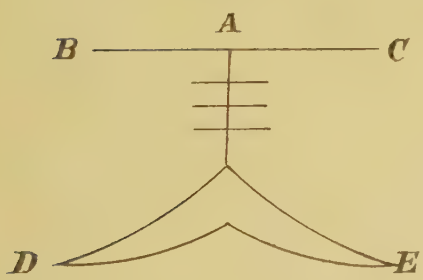
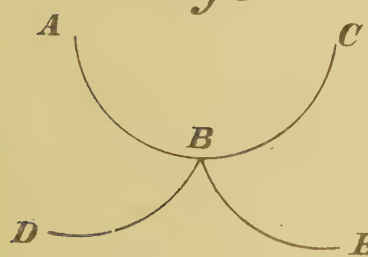



*Fig. 17*

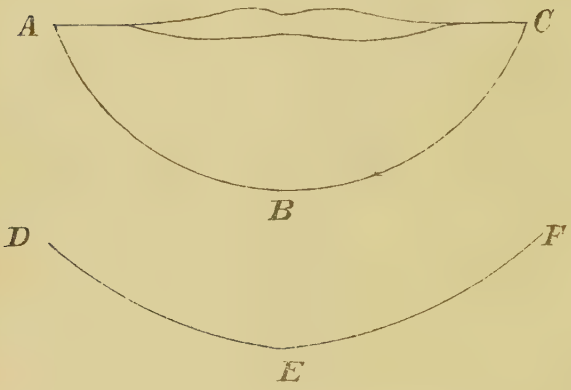



8. Methode von Syme. (Contributions to the pathology and pa tice of Surgery. Edinburgh 1848, pg. 299.) Nachdem das Krankhafte in Form eines Dreiecks mit gebogenen Schenkeln ausgeschnitten, werden die Schnitte über die Spitze A hinaus verlängert, bis D und E (Fig. 15), dann die Lappen B A D und C A E von der Unterlage getrennt und nach oben gezogen. Auch hier bleibt ein dreieckiger Substanzverlust unter dem Kinne übrig (Fig. 16), der per granulat. heilen muss.

9. Eine dieser ganz ähnliche Methode hat Blasius angegeben. (Beiträge zur prakt. Chirurgie. Berlin 1848.) Zuerst bildet er einen bogenförmigen Defekt A B C (Fig. 17) und führt von der Mitte des Bogens B aus je noch einen bogenförmigen Schnitt auf dem Rande des Unterkiefers bis zum vorderen Rand des M. masseter. Die beiden Lappen A B D und C B E werden abgelöst, nach oben verlagert und durch die Naht vereinigt Das dreieckige Stück D B E bleibt am Knochen und stützt die neue Lippe. Die

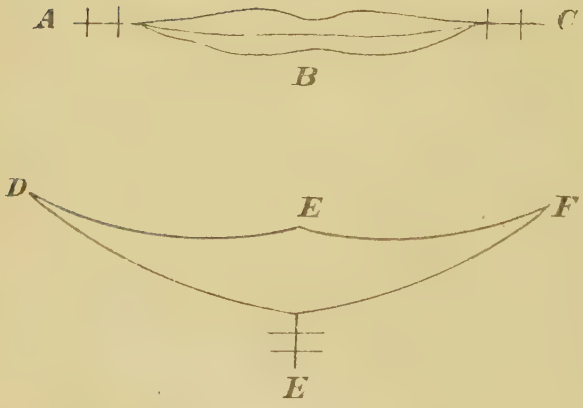
Schleimhaut soll bei diesem Verfahren zur Umsäumung des Lippenrandes erhalten bleiben. Es ist deshalb auch nur bei kleinen Defekten anzuwenden.

*Fig. 18*




10. Eine andere Methode, einen halbkreisförmigen Substanzverlust der Unterlippe zu decken, hat Szynanowski beschrieben. (Prager Vierteljahrsschrift, LX, 1858, IV. p. 159). Er führt zu beiden Seiten vom Rande des Unterkiefers D und F aus zwei bogenförmige Schnitte über den Hals D E und F E, die sich in E trafen; dann präparirt er den Lappen ABCFED, der die beiden Ernährungsbrücken A D und C F hat, los und schiebt ihn in die Höhe. (Fig. 19).

*Fig. 19*




Diese Methode, die nichts von der anderen voraus hat, da am Halse eine grosse Wundfläche zurückbleibt, die man durch vertikale Vereinigung nur wenig verkleinern kann, würde nur zu empfehlen sein, wenn die Submental-

drüsen zu entfernen wären, wozu man den Schnitt D E F benützen könnte.

In ähnlicher Weise operirte übrigens schon Morgan (The Lancet for 1828—1829). Später ist dieselbe Operation noch einmal als nova Buschii methodus beschrieben von Bachem, Diss. De Chiloplastice inf. Bonnae 1866.

11) Ein complicirteres Verfahren, das auch bei grossen Defekten zur Anwendung kommen kann, beschreibt M. Langenbeck (Klin. Beiträge aus dem Gebiete der Chir. u. Opthalmol. Göttingen 1849 pg. 8). Wenn A B C D (Fig. 20) der bogenförmige Defekt ist, so führt man zu beiden Seiten des Kinns von den Wundrändern aus zwei schwach nach unten divergirende Schnitte B E und C F, die $2^1/_2$ cm von einander abstehen; etwa 1 cm von B und C entfernt in G und H führt man dann je einen horizontalen Schnitt nach äussen G J und H K. Die beiden Lappen A B G J und D C H K werden gelöst, nach oben geschoben und B G mit C H vereinigt. Der innere Theil der unteren Enden G J und H K werden mit dem oberen Rande des viereckigen mittleren Stückes mit B C vereinigt.

*Fig. 20*

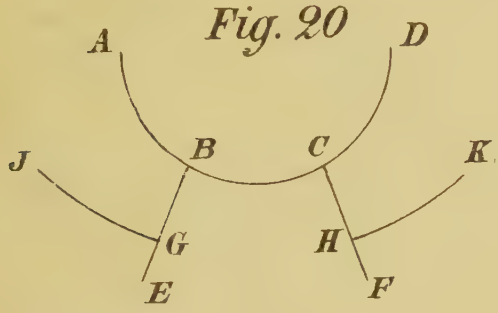
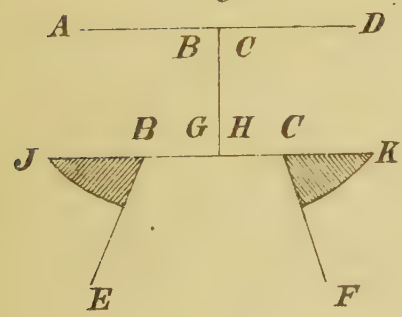



*Fig. 21*



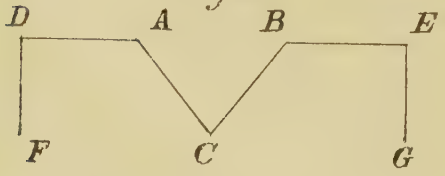

Zum Schlusse dieser 11 Methoden, deren gemeinschaftliches Prinzip ich am Anfang geschildert habe, möchte ich noch hervorheben, dass dieselben durch ein Verfahren Langenbecks der Verschiebung des Lippensaumes sehr an Bedeutung gewonnen haben. (B. Langenbeck, Neues Verfahren zur Chiloplastik durch Ablösung und Verziehung des Lippensaumes. Göschen. D. Klinik 1855 pg. 1.)

Derselbe versieht eine neue Lippe, die an ihrer Innenseite eine wunde Fläche hat, auf folgende Weise mit rothem Lippensaume aus der Oberlippe, ähnlich wie es Dieffenbach schon früher einmal gethan hatte (siehe pg. 9): Die Enden des die neue Lippe begrenzenden Lippensaumes werden mit der Hakenpincette gefasst und angespannt, sodann ein zweischneidiges Scalpell bei horizontaler Stellung der Klinge an der Grenze der äusseren Haut von aussen nach innen durchgestossen und der ganze Lippenrand mit gleichmässigen Messerzügen von der Lippe abgelöst. Der Ausstich an der Innenfläche der Lippe wird dem Einstich gegenüber gemacht, so dass der nach innen nicht bestimmt abgegrenzte Lippensaum jedenfalls in der Breite von 1 cm abgelöst wird. Die Abtrennung wird so lange fortgeführt, bis man sich überzeugt hat, dass der wunde Rand der Unterlippe durch mässige Anspannung des Lippensaumes überdeckt werden kann. Jetzt wird derselbe mittels einer doppelten Reihe Knopfnäthe an die neue Lippe geheftet.

Die nun folgenden Operationsmethoden sind vor den bisher beschriebenen dadurch gekennzeichnet, dass die neue Lippe aus der seitlichen Wangengegend gebildet wird, daher der ursprünglichen Lippe ähnlicher wird, als es bei der früheren Methode geschah, weil sie an der Innenseite mit Schleimhaut ausgekleidet ist. Derjenige, welcher dies Verfahren zuerst angegeben hat, ist Dieffenbach, indem er seine bekannte Methode der Blepharoplastik auf die Chiloplastik übertrug. (Dieffenbach, Erfahrungen Bd. 2 pag. 97. operat. Chirurg Bd. 1.)

1) Nachdem Dieffenbach dem Defekt die Gestalt eines Dreiecks durch zwei schräg nach innen verlaufende, auf dem Kinn zusammentreffende Schnitte A C und B C (Fig. 22) und durch Lospräpariren der dazwischenliegenden Theile gegeben hatte, führte er auf beiden Seiten von den Mundwinkeln aus horizontale Schnitte durch die ganze Dicke der Wange bis zum inneren Rande der

*Fig. 22*



Masseteren, bis E und D und zwar so, dass durch Erheben der Spitze des Messers die Schleimhaut höher durchgeschnitten wurde, als die äussere Haut. Vom äusseren Ende eines jeden dieser Schnitte führte er dann je einen geraden Schnitt abwärts bis zum Kieferrand D F und E G, präparirte die Lappen C A D F und C B E G, soweit nothwendig, los, zog sie nach der Mittellinie und vereinigte A C und B C. Zu beiden Seiten blieben dreieckige Defekte, deren Heilung dem Granulationsprocesse überlassen wurde. Die neue Lippe wurde mit der überstehenden Schleimhaut umsäumt. Der Nachtheil dieser Methode besteht eines Theils in der grossen Verwundung durch die horizontalen Schnitte, da durch sie alle Weichtheile und Muskeln der Wangen durchschnitten werden, ebenso die Zweige der art. max. ext. und des n. facialis, andern Theils darin, dass durch die dreieckigen Defekte, welche von den senkrechten Schnitten entstehen, hässliche Narben zurückbleiben.

2) Ein einfacheres und weniger verwundendes Verfahren wandte Serre an (Traité sur l'art de restaurer des Difformités de la façe. Montpellier 1832, pag. 117), indem er, auch mit Erheben der Spitze des Messers behufs späterer Umsäumung der Lippe mit Schleimhaut, nur horizontale Schnitte von den Mundwinkeln aus durch die Dicke der Wangen führte. Das Verfahren verlangt reichliche, leicht ausdehnbare Wangen.

3) Vanzetti fügte, wenn die gebildeten Lappen sich nicht in der Mittellinie vereinigen liessen, noch in einiger Entfernung vom Ende der horizontalen Schnitte zwei seitliche, senkrechte Entspannungsschnitte hinzu. (Annales scholae clinicae chirurgicae caesariae universitatis Charcoviensis 1846, pag. 119.)

4) Diese beiden Verfahren hinterlassen zwar keine Narben, aber eine unschöne Form des Mundes, dessen Unterlippe glatt, dessen Oberlippe gewulstet ist und rüsselförmig vorragt. Um dies zu verhindern, hat Burow (Beschreibung einer neuen Transplantations-Methode zum Wiederersatz verloren gegangener Theile des Gesichts; Berlin 1856) zu

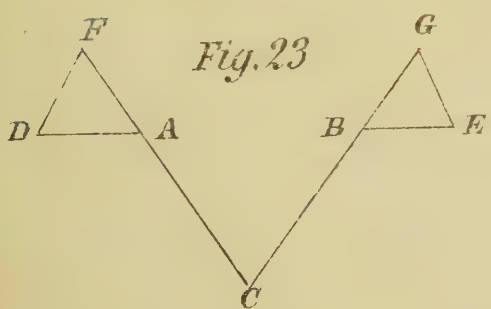


Fig. 23

beiden Seiten der Oberlippe aus der Wange je ein keilförmiges Stück herausgeschnitten, dessen Basis aus dem oberen Wundrande des Horizontalschnittes besteht, D A F und B E G (Fig. 23). Dann vereinigt man A C mit B C, D F mit F A und B G mit G E. Diese Methode ist deshalb zu vermeiden, weil gesundes Material geopfert wird, ein Umstand, der bei Recidiven von Lippencarcinomen wohl zu beachten ist, weil man dabei öfters wegen Verbrauchs der unteren Wangentheile bei der ersten Operation die Oberlippe und die angrenzenden Theile zur Plastik gebrauchen muss.

5) Um die hässlichen Narben oder gar Löcher zu vermeiden, die nach Dieffenbachs Verfahren durch die senkrechten Schnitte zurückbleiben, modificirte Jaesche diese Methode in folgender Weise: Nachdem das Krankhafte in Form eines Dreiecks mit leicht nach aussen convex gekrümmten Schnitten ausgeschnitten, A B C (s. Fig. 24),

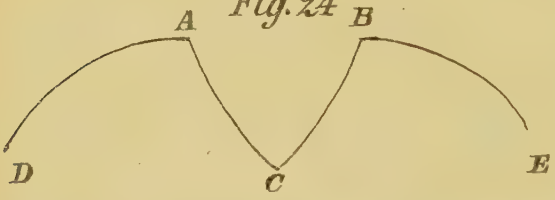


Fig. 24

führt er von jedem Mundwinkel aus durch die Wangen bis auf die Schleimhaut je einen Schnitt, der zuerst $2^1/_2$ cm weit horizontal verläuft, dann aber in eine Elipse übergeht, welche an der art. max. ext. vorbei, über den Kieferrand verlaufend zum Halse hinabreicht. Darauf wird die Schleimhaut etwas höher mit der Scheere durchschnitten und zur Umsäumung der Ränder benutzt. Die beiden Lappen D A C und E B C werden losgelöst, zur Mittellinie verschoben und vereinigt.

Der Vortheil dieser Methode besteht darin, dass die Defekte nicht in den Wangen, sondern auf dem Unterkiefer sich befinden.

6) Wenig verschieden von dieser Methode ist die von Ried. (Wegner, De chilopl. lab. inf. Jenae 1853.) Man führt von beiden Mundwinkeln aus Schnitte, die in leichter Curve bis zum Unterkieferrand am Ansatzpunkte des vorderen Randes des M. masseter endigen. Von den Endpunkten D E (Fig. 25) aus führt man beiderseits parallel mit den Schenkeln des Excisionsdreiecks

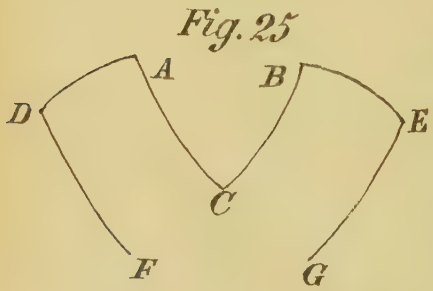


Fig. 25

Schnitte bis in die Nähe des Zungeneinhorns. Im Uebrigen verfährt man so, wie vorher. Auch hier wird die Art. mat. ext. erhalten.

7. Von derselben Idee, wie Jaesche geleitet, nämlich die seitlichen, grossen Lücken in den Wangen zu vermeiden, führt Adelmann (Beob. und Bemerkungen aus der chirurg. Abtheilung der academ. Klinik zu Dorpat 1845—47 in Beiträgen zur Heilk. Bd. 2. Riga 1851, pag. 247) die seitlichen, an den Mundwinkeln entspringenden horizontalen Schnitte Dieffenbach's zuerst perforirend bis an den inneren Rand des Masseter, dann aber oberflächlich, diesen Muskel schonend, fast bis zu den Ohrläppchen horizontal weiter und gewinnt dadurch, dass der nachbleibende dreieckige Substanzverlust auf dem Muskel zu liegen kommt. Die A. max. ext. wird hierbei erhalten.

Immerhin werden hierdurch hässliche Gesichtsnarben, wenn auch weiter nach hinten liegend, hervorgerufen.

8. Um auch diese Narben auf den Wangen zu vermeiden und die Zeit der Heilung abzukürzen, führte Szymanowski (Prager Vierteljahrsschrift LX, 1858 IV, pg. 153) von den Mundwinkeln A und B aus, die Schnitte nicht horizontal, sondern etwas schräge nach oben, fast bis zum oberen Rande des Tragus. Die Schnitte drangen von den oberen Rändern der Masseteren an, nur durch die Haut, sodass nichts Wichtiges (Parotis, A. temp. N. auric. ant.) verletzt wurde. Von dem Endpunkt dieser Schnitte E und D aus führte er je einen nach abwärts, schräg nach innen und unten D F und E G, sodass F C und C G kleiner als A D und B E wurden. Nach Loslösung der Lappen vereinigte er A C mit B C. Es entstanden nun an der Aussenseite der Lappen zwei stumpfwinkelige

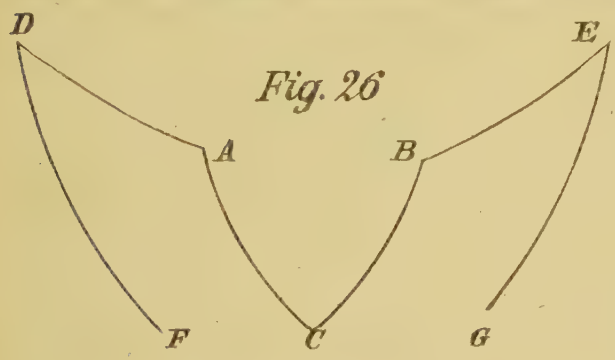


Fig. 26

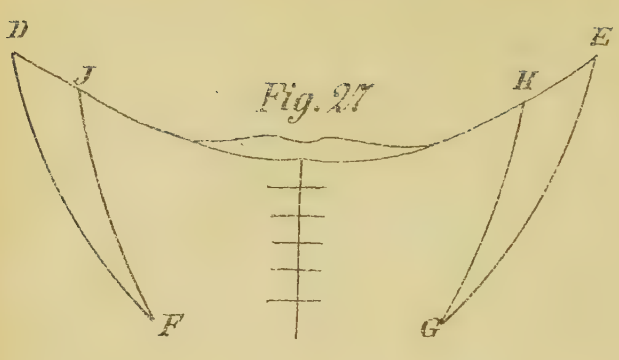


Fig. 27

Dreiecke, deren Basis D F und E G nur unbedeutend kürzer waren, als die Summe der anderen Seiten, so dass, ohne die Lappen zu spannen, D J F und E H G leicht geschlossen werden konnte.

9. Eine Methode zur Deckung der dreieckigen Lippendefekte, die für sich allein steht und an Langenbeck's Lippensaumverschiebung erinnert, ist die von Estlander (Archiv für klin. Chir. von B. v. Langenbeck, 1872, XIV. pag. 622). Derselbe ersetzte bei einem recidivirenden Epitheliom, das die ganze rechte Seite der Lippe und des Kinns einnahm und sich auf die linke Seite bis $^2/_3$ der Lippe erstreckte, den durch die Exstirpation entstehenden Substanzverlust aus der Oberlippe, da die Ausdehnbarkeit der Wange schon bei der ersten Operation in hohem Maasse in Anspruch genommen war. Er schnitt aus der rechten Seite der Oberlippe einen dreieckigen Lappen, dessen Seite am rothen Lippensaume, wenn dieser nicht gespannt war, etwas mehr als 2 cm betrug.

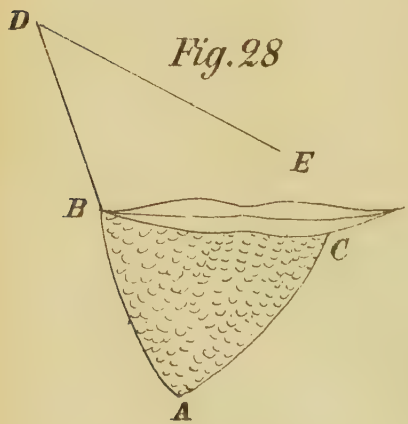


Fig. 28

Dies geschah in der Weise, daes zuerst der Schnitt A B (Fig. 28) durch die Haut und Schleimhaut aufwärts bis zur Gegend der foram. infra orb. bis D verlängert und von da aus auf dieselbe Weise abwärts bis zur Nähe des rothen Lippenrandes, bis E geführt wurde, welchem er sich in der Haut auf ungefähr 4 mm und in der Schleimhaut auf ungefähr 8 mm näherte. Darnach wurde der entstandene dreieckige Defekt in der Oberlippe direkt durch die Naht vereinigt.

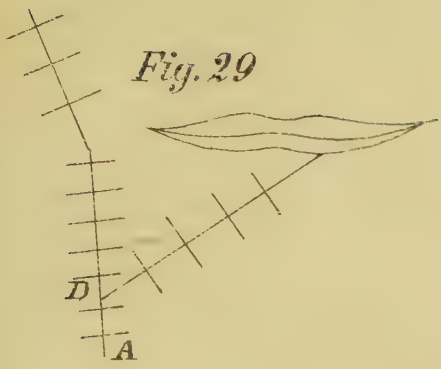


Fig. 29

Auf diese Weise fiel der Ersatzlappen ohne Weiteres auf den bestimmten Platz und wurde vernäht: B D kam an C A, E D an B A, wie Fig. 29 zeigt. Bei dieser Methode ist zu befürchten, dass der Rand der Oberlippe verschoben und die Mundöffnung verschoben wird; ausserdem muss man sich hüten, die A. lab. sup., die bisweilen anormal liegt, zu verletzen, da sonst wegen der Schmalheit der Ernährungsbrücke des Lappens dieser leicht in Gangrän verfällt.

Bis hierher sind die Methoden der Chiloplastik an der Unterlippe beschrieben, die sich auf dreieckige oder bogenförmige Substanzverluste beziehen. Es bleiben nun noch die Methoden der Chiloplastik von Defekten übrig, die in viereckiger Form angelegt werden. Auch hier kann man dieselben in verschiedene Gruppen scheiden, in eine, bei der der Ersatzlappen von unten her durch Verschiebung gewonnen wird, in eine Gruppe, bei der derselbe von der Seite aus der Wange genommen wird, und in eine dritte, bei welcher der Lappen seitlich gebildet und um 90° gedreht wird.

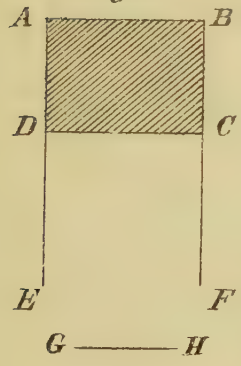


Fig. 30

Zu der ersten Gruppe gehört 1. die sog. französische Methode, wie sie von Chopart (siehe Einleitung) zuerst angegeben wurde. Derselbe führt zwei Schnitte von dem unteren Winkel des Vierecks nach abwärts über das Kinn hinweg D E und C F (Fig. 30). Der gebildete Lappen mit unterer Basis wird lospräparirt, nach der Lippe heraufgezogen und an den Seitenwänden angenäht. Der Nachtheil, den diese Methode hat, besteht darin, dass der gedehnte Lappen die Neigung hat zu schrumpfen und die Lippe nach abwärts zu ziehen.

2. Auvert fügte, um den Lappen beweglicher zu machen, noch einen horizontalen Schnitt G H (Fig. 30) an der Basis des Lappens durch die Haut hinzu, sodass er nur an den beiden Winkeln Verbindungen behielt. (Selecta praxis medico. chirurg Tab. 47 und 48.) Doch dürfte der Einschnitt des Schnittes am Halse auf die Verminderung der Spannung nicht sehr anzuschlagen sein, andererseits die Gefahr des Absterbens des Lappens nahe treten.

3. Eine Verbesserung des Chopart'schen Verfahrens versuchte auch Zeis herbeizuführen, (Zeis, Comm. de nova chiloplasticae instituendae methodo; Marburg 1845) indem er, um die Retraktion des Lappens zu verhindern, von den unteren Winkeln des Vierecks zwei nach aussen gebogene Schnitte D E und C F (Fig. 31) und dann diesen parallel zwei Schnitte weiter unten G H und G J führte, die oben in einem Winkel zusammenstiessen. Er präparirte den Lappen, der oben ein Ganzes bildete und unten in zwei Schenkel auslief, los, schob ihn nach oben und vernähte. Hierbei sollte das dreieckige Hautstück H G J, (Fig. 32) welches er ausgeschnitten hatte, zur Stütze des hinaufgezogenen Lappens dienen.

*Fig. 31*

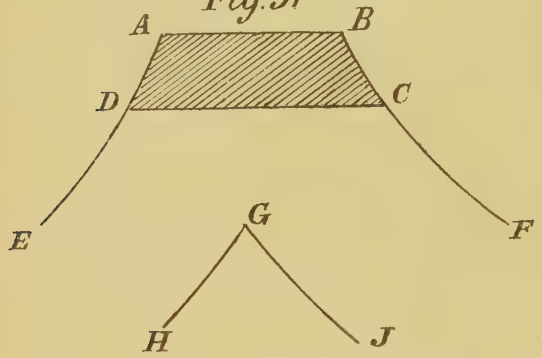
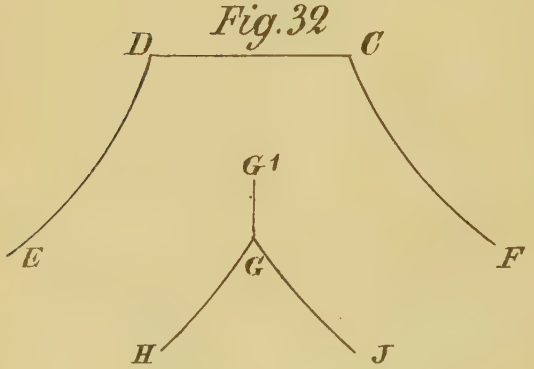



*Fig. 32*



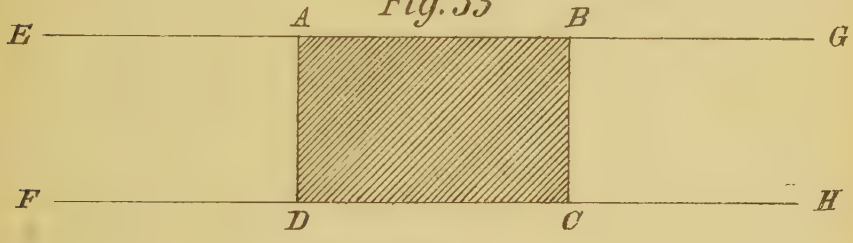

Im Allgemeinen giebt auch hier die zweite Gruppe von Methoden bessere Resultate aus demselben Grunde, wie es bei den dreieckigen Defekten erörtert ist.

Als einfachste Methode gehört hierzu

1. die von Celsus, welche von Zeis im Commentatio de nova methodo etc. beschrieben worden ist. (Siehe Einleitung.) Diese Methode lässt sich nur bei kleineren Substanzverlusten und bei schlaffen und dehnbaren Wangentheilen anwenden

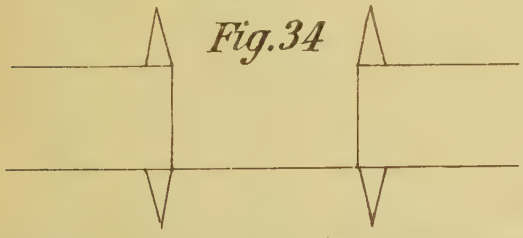
2. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, so muss man noch zwei weitere Schnitte hinzufügen, die von den Mundwinkeln horizontal nach aussen verlaufen, ein Verfahren, welches zuerst Payon ausgeführt hat (Revue medicale Paris 1837, T. III. pag. 221). Nachdem der Defekt in viereckige Form A B C D gebracht ist, werden auf jeder Seite zwei parallele Schnitte durch die ganze Dicke der

*Fig. 33*




Wange bis zum vorderen Rand des M. masseter geführt, die in der Höhe der fehlenden Lippe von einander abstehen, von denen der eine vom Mundwinkel aus verläuft und nöthigenfalls noch oberflächlich bis zum Ohr verlängert werden kann, der andere am unteren Ende der fehlenden Lippe verläuft. Es werden hierdurch zwei Lappen E A D F und G B C H gebildet, die nach der Mittellinie geschoben und vernäht werden. Die neue Unterlippe umsäumt man in der früher angegebenen Weise mit der etwas höher durchschnittenen Schleimhaut.

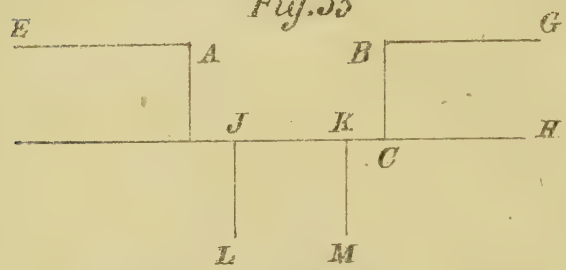
*Fig. 34*



3. Um die Falten zu vermeiden, die die Haut oberhalb des Defektes annimmt, fügte Bernard (Bulletin de la société de chir. Paris 1853, T. III. pag. 357) ähnlich wie Burow bei dreieckigen Defekten, die Ausschneidung zweier kleiner Dreiecke seitlich neben der Oberlippe hinzu, denen man am Kinn noch zwei weitere hinzufügen könnte. Meist wird dies nicht nothwendig sein.

4. Zur leichteren Verschieblichkeit der seitlichen Lappen hat Adelmann vorgeschlagen, (Beiträge zur medic. und chir. Heilkunde, Erlangen 1845, Bd. II. pag. 189) eine gerade oder gebogene Incision hinzuzufügen, welche etwas von der Basis des Lappens entfernt, vertikal durch die Wangenhaut gemacht wird. Bei noch grösserer Unbeweglichkeit der Lappen verband Adelmann (ib. pag. 192) das Verfahren der Bildung zweier seitlicher Lappen mit dem Chopart'schen.

*Fig. 35*

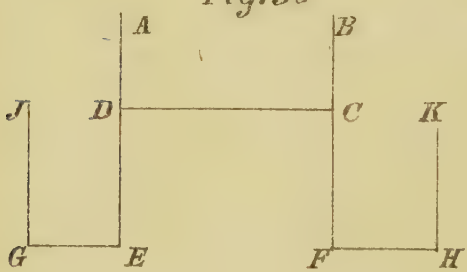



Man schiebt die Lappen möglichst nahe zusammen und deckt die übrig bleibende Lücke durch einen Lappen J K M L (Fig. 35) von unten her.

Zur Deckung viereckiger Defekte der Unterlippe bleibt endlich noch die dritte Gruppe von Methoden der seitlichen Lappenbildung und Drehung übrig:

1. Der erste, welcher in dieser Weise operirte, war Sedillot (Gazette médicale de Paris. 1848 pag. 8). Wenn A B C D (Fig. 36) der viereckige Substanzverlust ist, so verlängert man die verticalen Schnitte A D und B C nach unten bis zum Kieferrand, führt dann zwei horizontale Schnitte nach aussen von der Höhe des Defectes bis G und H und dann wieder zwei vertikale Schnitte nach oben bis J und K. Die beiden gebildeten Lappen werden lospräparirt, um ihre Basis nach der Mitte zu gedreht und E G mit F H, G J und K H mit D C vereinigt. Die beiden viereckigen Defekte, die durch Herausnehmen der Lappen entstanden sind, werden durch Dehnung der Ränder vereinigt.

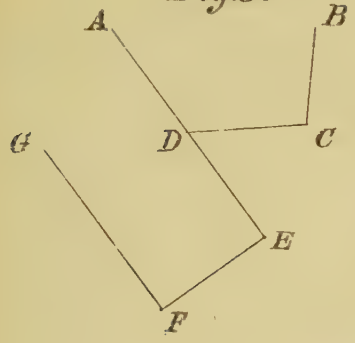
*Fig. 36*




2. Eine dieser sehr ähnliche Methode, bei der zum Unterschiede statt zweier Lappen nur ein Lappen gebildet wird, der nur um 45°

gedreht wird, hat B. von Langenbeck angegeben: Nachdem man dem Defekte die Form A B C D (Fig. 37) gegeben hat, verlängert man A D bis E und führt einen A E parallelen Schnitt G F, den man mit A E durch F E verbindet Der gebildete Lappen A E F G wird nach oben gedreht, so dass F E an B C zu liegen kommt. Das Dreieck C D E dient nach Vereinigung der Wundränder dem Lappen zur Stütze. Beide Methoden haben jedoch den Nachtheil, dass die neue Lippe innen der Schleimhaut entbehrt.

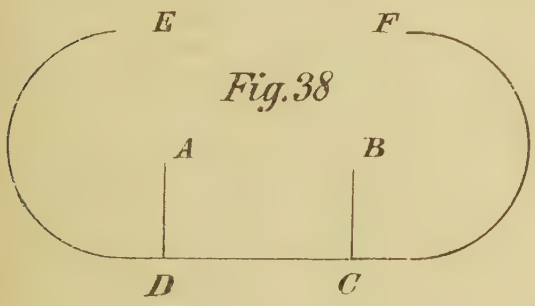
*Fig. 37*




In diese Gruppe gehören endlich noch zwei Methoden von Bruns mit Bildung von Ersatzlappen von oben und seitwärts. Bei der einen befindet sich die Basis des Lappens nach oben und innen, bei der anderen nach unten und aussen.

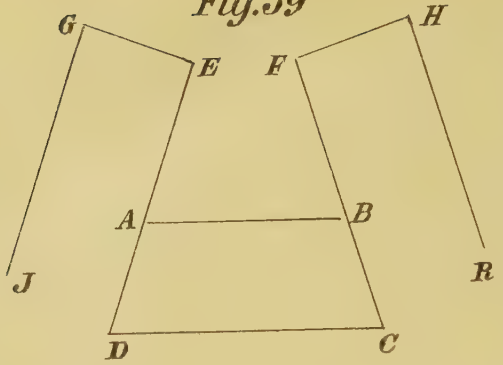
3. Die erstere besteht darin (Bruns, Handb. d. prakt. Chirurgie Band II A pag. 778), dass die seitlichen Enden der gesammten Oberlippe auf die Unterlippe hinab und herumgeschoben werden. Dies geschieht (s. Fig. 38) durch zwei grosse seitliche an der äusseren Grenze der Oberlippe verlaufende Bogenschnitte D E und C F, welche von den unteren Ecken des Defektes ausgehen. Dann Loslösung der Lappen und Vereinigung von A D und B C. Wenn auch diese Methode nur bei kleineren Defekten anwendbar ist, besonders dann, wenn an den Mundwinkeln noch Lippe erhalten ist, so bietet sie den Vortheil, dass die neue Lippe überall von rothem Saum umfasst ist.

*Fig. 38*




4. Die zweite von Bruns angegebene (Bruns, pag. 780 und Archiv für physiol. Heilk. 1844. Bd. III. pag. 11—23) ist der von Sedillot ähnlich. Nach Excision eines Defektes in Trapezform (s. Fig. 39)

*Fig. 39*




A B C D werden die Schnitte D A und C B nach oben hin verlängert zum Nasenflügel. Dann werden zwei diesen parallele Schnitte G J und H K geführt, welche in der Höhe des Defektes von einander abstehen, und je beide oben verbunden durch E G und F H. Die gebildeten Lappen werden lospräparirt, nach unten gedreht und F C und D E mit D C, F H mit G E vereinigt. Die beiden durch Wegnahme der Lappen entstandenen Lücken werden durch einfache Vereinigung der Wundränder geschlossen. Doch wird das letztere nicht immer möglich sein, so dass grosse hässliche Narben zurückbleiben.

---

Viel seltener als an der Unterlippe kommen erworbene Defekte oder Uebel, welche die Exstirpation erfordern, an der Oberlippe vor. Die Methoden, die Oberlippe zu ersetzen, sind deshalb bei Weitem nicht so mannigfaltig, als die des Wiederersatzes der Unterlippe. Die meisten Autoren begnügen sich damit, die Operationsmethoden an der Unterlippe einfach auf die Oberlippe übertragen zu lassen; doch ist dies in vielen Fällen nicht möglich. Denn abgesehen von den verlassenen Methoden des Wiederersatzes durch Verpflanzung aus einem entfernten Körpertheile, wie sie von Gräfe aus der Haut des Arms (Journal für Chirurg. und Augenheilk. 1821 Bd. II. pag. 10), von Mott aus der Haut des Halses und von Corsini aus der Haut der Stirn (The Lancet, London 1845, Vol. 1. pag. 20) geübt wurde, versteht es sich von selbst, dass man sich zum Ersatz der Oberlippe nur der Haut der Wange und allenfalls der der Unterlippe bedienen kann.

Es fallen deshalb hier die beim Wiederersatz der Unterlippe als erste Gruppe beschriebenen Methoden fort und es bleiben die übrig, welche mit Drehung des Ersatzlappens verbunden sind und diejenigen, welche auf seitlicher Verschiebung beruhen.

1. Zunächst hat Sedillot (Memoires de la société de chirurgie de Paris 1853, T. III. pag. 526) sein Verfahren des Wiederersatzes

der Unterlippe in gleicher Weise an der Oberlippe ausgeführt. Er bildet die Ersatzlappen, indem er von beiden Mundwinkeln je einen Schnitt senkrecht bis zum Unterkieferrande führt, dann $2^1/_2$ ctm nach aussen und parallel mit dem ersten einen zweiten, worauf die unteren Enden dieser beiden Schnitte durch einen Querschnitt verbunden werden. Dies Verfahren wurde schon von Blasius (Klin. Zeitschrift für Chirurg. und Augenheilk. Halle 1836, Bd. I. pag. 391) vorgeschlagen, aber erst im Jahre 1853 in etwas modificirter Weise ausgeführt.

2. Ebenso hat Estlander in einem Falle, bei dem während eines Flecktyphus die rechte Seite des Gesichtes und der Oberlippe zerstört war, seine Methode der Chiloplastik auch an der Oberlippe angewandt (Langenbecks Archiv 1872 Nr. 14, pag. 622). Wenn A B C D der unregelmässige Defekt war, so führte Estlander von A, etwas vom Mundwinkel entfernt, aus, einen Schnitt A E bis unter das Kinn, dann der Schnitt E F aufwärts bis in die Nähe des Lippenrandes, so dass eine ernährende Hautbrücke mit Erhaltung der A. coron. stehen blieb. Nach Loslösung des dreieckigen Lappens drehte er ihn nach rechts um 90°, so dass ungefähr Punkt E nach C zu liegen kam und vernähte, indem er die übrigbleibenden Lücken durch Dehnung der Wundränder ausglich.

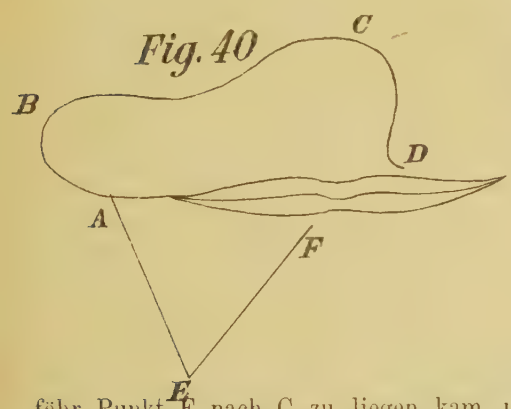
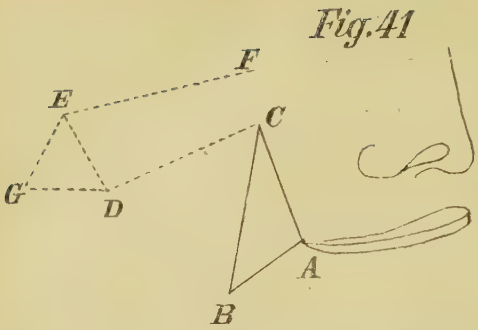


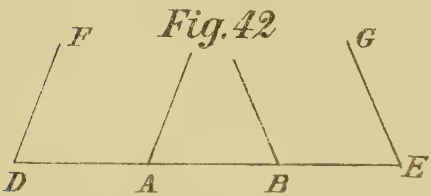
Fig. 40

3. Wenn die Oberlippe zwar nicht fehlt, aber in Folge krankhafter Processe zu kurz geworden ist, daher hart am Oberkiefer anliegt, was leicht eine Verwachsung beider hervorbringt, hat Ammon eine Methode von Einheilung keilförmiger Stücke in sie, um ihre Substanzen zu vermehren, angegeben (Zeis), (von Ammon und Baumgarten, die plastische Chir. pag. 154). Man führt zuerst vom Lippenrande ausgehend einen 4 cm langen Schnitt nach oben, wodurch ein dreieckiger Raum A B C (Fig. 41) entsteht, dessen beide Schenkel gleichlang sind. Darauf schneidet man aus der Wange ein gleiches Dreieck C D E F heraus, welches horizontal liegt und dessen einer Schenkel E F die Spitze C nicht berührt. Dieses Hauptstück




wird losgetrennt, in den Lippendefekt herabgezogen und hier vernäht. Zur besseren Schliessung des entstandenen Defekts F E D C wird noch ein kleines dreieckiges Hautstück E G D entfernt.

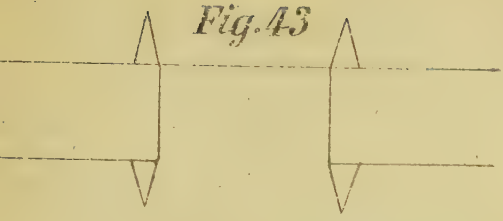
Günstigere Resultate geben auch hier die Methoden der seitlichen Verschiebung von den Wangen her, namentlich weil die vorigen eher die Gefahr theilweisen Absterbens des Lappens mit sich führen.




1. Die Dieffenbach'sche Methode (Fig. 42) hat Adelmann zuerst an der Oberlippe angewendet (Kiparsky, Beiträge zu den plast. Op. Dorpat 1861, p. 19, Nr. 3.) Es war dies jedoch nur möglich, weil dem betreffenden Patienten auch die Nase fehlte. Die den Rändern des Substanzverlustes parallelen Schnitte D F und E G reichten bis zum margo infraorbitalis. — In den meisten Fällen wird man die mittlere Partie der Wangen zum Wiederersatz der fehlenden Oberlippe benutzen können.

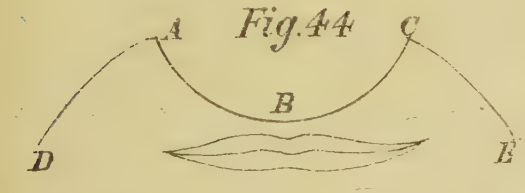
2. Ist der Substanzverlust von viereckiger Form, so kann man nach Thomas (Journal des connaissances médico-chirurgicales, Janvier 1836, p. 264) auf jeder Seite zwei horizontale Schnitte führen, von denen der eine in den oberen Winkeln des Defektes beginnt und nach aussen geht, der andere ihm parallel und im Mundwinkel beginnend 4 ctm lang durch die ganze Dicke der Wange gegen den vorderen Rand des M. masseter hin verläuft. Dann trennt man die Schleimhaut in der Tiefe an ihrer Insection von dem Zahnfleische des Oberkiefers, schiebt die gebildeten Lappen nach der Mitte zusammen und vernäht.

Die Umsäumung der neuen Lippen mit Schleimhaut geschieht in der früher angegebenen Weise. Der Nachtheil dieser Methode liegt darin, dass die neue Oberlippe stark gespannt wird und den Vorderzähnen stark anliegt, während die Unterlippe stark nach vorn hervorragt. Das letztere kann man durch Hinzufügung von vier



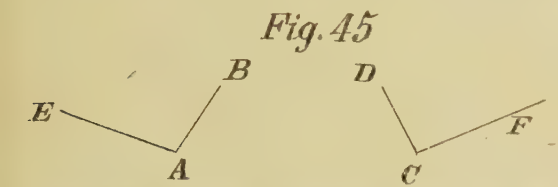

Burow'schen Dreiecken an jeder Ecke des Vierecks (siehe Fig. 43) etwas mildern, doch opfert man dabei zu viel gesundes Material. — Bei dreieckiger Form des Substanzverlustes kann die Spitze des Dreiecks nach unten oder nach oben liegen.

3. Im ersteren Falle hat G. B. Günther (Journal für Chir. und Augenheilk. Berlin 1847, Bd. 37, pag. 542) ein Verfahren angewandt, welches Bruns nachgeahmt hat. (Bruns pag. 806): In dem Falle von Bruns wurde das Krankhafte in Form eines grossen Bogenschnittes entfernt (siehe Fig. 44), der mit dem mittleren Theile seiner nach unten gekehrten



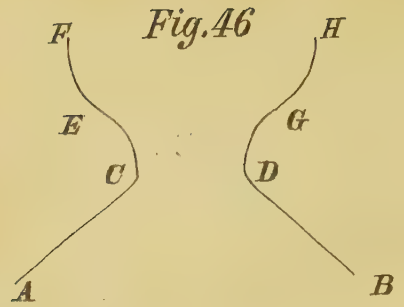

Convexität bei B hart an der Grenze des rothen Saumes verlief. Dann wurde von jedem Endpunkte des Schnittes A und C aus ein 4 ctm langer Schnitt mit nach aus- und aufwärts gerichteter Convexität in die beiden Wangen hineingeführt. Die beiden Lappen wurden dann in den Rändern des grossen Bogenschnittes vereinigt.

4. Im anderen Falle, bei dem die Seiten des Defektes convergirend nach oben gehen (A B und C D), kann man nach Syme (Contributions to the pathology and practice of Surgery. Edinburgh 1848 p. 296) von jedem Mundwinkel A und C aus in querer, etwas



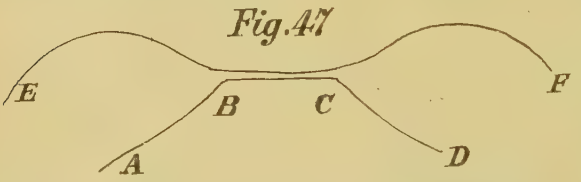

aufwärts gehender Richtung einen Schnitt von 3 cm Länge durch die ganze Dicke der Wange führen, die beiden Lappen nach der Mitte verschieben und vereinigen.

5. Bei der gleichen Form des Defektes wandte Dieffenbach den sogenannten Wellenschnitt an. (Die operat. Chir. I. p. 423.) Er durchstach die Weichtheile dicht hinter der äusseren Ausbiegung des Nasenflügels und umschneidet diesen durch F E C und H G D



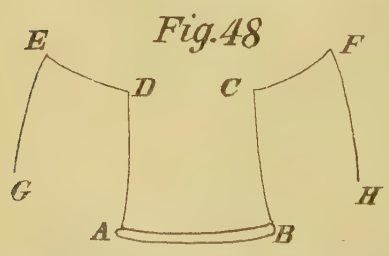

(Fig. 46) bis an seine innere Seite rund um ihn herumgehend. Nach diesen Incisionen werden die Ränder, nachdem sie vom Knochen gelöst sind, über den Rand der Zähne herabgezogen und in dieser Lage durch Nähte erhalten, welche C E und D G verbinden.

6. In neuerer Zeit hat Lindemann (v. Langenbeck's Archiv, Bd. 23, 1879, pg. 877) bei dieser Form des Defektes ein neues Verfahren angewandt. Wenn A B C D (Fig. 47) der Substanzverlust war, so wurde in den oberen Winkeln, in B und C beginnend, auf jeder Seite ein Schnitt B E und C F geführt, der zuerst schräg nach oben und aussen aufstieg,




dann bogenförmig nach unten und etwas nach aussen fast bis zur Höhe des Mundwinkels verlief. Dann wurden die Lappen gelöst, nach unten gedreht und durch Nähte vereinigt, so dass die untere Hälfte der Ränder B E und C F zusammenstiessen.

7. In einem Falle, in dem der Benutzung der seitlichen Theile der Wangen sich grosse Schwierigkeiten entgegensetzten, hat Bruns (Handb. der pr. Chir. pg. 810) die oberen Theile der Wangen benutzt. Der Nachtheil besteht hierbei besonders darin, dass die Lappen an ihrer Innenseite nicht mit Schleimhaut ausgekleidet sind und stark schrumpfen. Bruns führte von dem oberen Ende der den Defekt seitlich begrenzenden Wangentheile, von D und C aus (Fig. 48) je einen $2^1/_2$ cm langen Schnitt in schräger Richtung nach aus- und aufwärts, von dessen äusserem Ende ein zweiter ganz leicht gebogener Schnitt E G und F H nach unten verlief. Die Lappen wurden vom Oberkiefer abpräparirt, nach ab- und ein-



wärts geschlagen und mit ihrem oberen Rande mit einander in senkrechter Richtung vereinigt.

Ausser diesen 7 Methoden der Oberlippenbildung sind noch einige andere in der Literatur verzeichnet, auf deren Beschreibung ich verzichten kann, weil sie weniger allgemeines Interesse bieten. Ich führe sie dem Namen nach an: 1) Methode von Mackenzie, beschrieben in Bruns, Handb. der pr. Chir, pag. 817; 2) Vorschlag von Bruns ibid.; 3) Methode von Blasius in „Neue Beiträge zur pr. Chir.", Leipzig 1857, pag. 123.

---

Diesen Methoden der Oberlippenbildung reiht sich nun eine neue an, welche von Herrn Hofrath Dr. Maas in der Klinik zu Würzburg angewendet worden und noch nicht beschrieben ist. Ich gebe daher eine ausführlichere Krankengeschichte des Falles, bei welchem sie ausgeführt wurde.

## Krankengeschichte.

Matthias Schäfer, 36 Jahr alt, Bergmann aus Cürenberg bei Coblenz, giebt betreffs seiner Familie an, dass seine Eltern todt seien: Mutter starb im 57. Jahre an Herzwassersucht, Vater im 60. Jahre an Lungenentzündung. Von fünf Geschwistern starben drei in der Kindheit. Zwei noch lebende sollen ganz gesund sein.

Patient will im vierten Lebensjahre die Masern überstanden haben und im 19. Jahre den Typhus, an dem er 5 Wochen litt. Dagegen will er nie geschwollene Drüsen oder Entzündungen, die an Scrophulose erinnern könnten, gehabt haben. In seinem 24 Jahre hatte er das Unglück, als Bergmann mit fünf Mann im Schacht verschüttet zu werden: drei von seinen Mitarbeitern waren sofort todt, er selbst erlitt starke Verletzungen am Gesicht: ein Theil der Nase und der Oberlippe sollen verloren gegangen und die oberen acht Zähne ausgebrochen sein. Er kam danach in das Spital zu Tröltsch, wo seine Defekte zusammengenäht wurden; darauf trat bald Heilung der Wunden ein. Nach zwei Jahren trat die Krankheit auf, die uns hier besonders interessirt und zwar glaubt Patient, dass die vorausgegangenen Verletzungen die Ursache waren. Es bildeten sich nämlich an der Nase mehrere kleine erbsengrosse Knötchen, die wuchsen, dann eiterig zerfielen, wässerige Flüssigkeit absonderten und schliesslich

Narben hinterliessen. Dieser Prozess verbreitete sich immer weiter, zerstörte einen grossen Theil der Nase und griff dann auf das Gesicht über. Er ging in Folge dessen im Juni 1876 in das St. Maria-Hospital zu Cöln. Hier wurden ihm die kranken Partieen, die jedenfalls als lupös erkannt waren, mit dem scharfen Löffel tüchtig ausgekratzt und mit dem Glüheisen behandelt. Dann wurde von Herrn Medicinalrath Dr. Müller eine Rhinoplastik nach indischer Methode mit Bildung eines Stirnlappens im Juli 1876 vorgenommen; die Heilung der Wunden trat bald ein. Jedoch bald danach stellte sich ein Recidiv seiner Krankheit ein; wieder wurden die kranken Stellen ausgekratzt, mit Salben bedeckt und Patient so aus dem Spitale entlassen. Patient begab sich nun auf die Reise und scheint ein unstätes Leben geführt zu haben. Er arbeitete an verschiedenen Orten und kam schliesslich wegen Brandstiftung ins Zuchthaus. Von hier aus wurde er nach Würzburg ins Juliusspital gebracht, wo er am 2. Mai ankam und sogleich aufgenommen wurde. Das Aussehen des Patienten war ein für Lupus charakteristisches. Die Haut des ganzen Gesichts war verdickt, von rother Farbe, fühlte sich derb an und war an einigen Stellen mit weisslichen Knötchen besetzt. An der Stirn verliefen zwei grössere, von der Rhinoplastik herrührende, nach unten convergirende Narben: die künstliche Nase war breit, abgeplattet, sehr verdickt. Die Nasenlöcher drohten zu verwachsen, so dass man in dieselben Drain-Röhrchen hineinlegte. Zahlreiche Narben befanden sich zu beiden Seiten derselben und auf den Wangen. In Folge dessen waren beide untere Augenlider stark ektropionirt. Die Cornea beider Augen war fast vollständig pannös getrübt. Statt der Oberlippe war nur eine grösstentheils aus derber Narbensubstanz bestehende kurze und schmale Hautbrücke vorhanden, welche die beiden Wangen unter der Nase mit einander verband. Länge dieses Lippenrudiments von einem Mundwinkel bis zum anderen betrug $3^1/_2$ cm, die Höhe $^3/_4$ cm. Der rothe Lippensaum war gänzlich verschwunden; statt dessen nur ein bogenförmig ausgeschweifter, unregelmässiger, nach unten scharf auslaufender Narbenrand vorhanden. Die Unterlippe war theils durch die Annäherung beider Mundwinkel, theils durch Narbenzug von unten her, stark ektropionirt und gewulstet. Die Mundspalte konnte deshalb nicht geschlossen werden und es floss dem Patienten der Speichel fortwährend aus dem Munde, zumal noch die oberen Zähne fehlten. Auch klagte Patient über Trockenheit im Rachen und quälenden Durst.

Die gleichen Narben wie im Gesicht, theilweise mit Knötchen besetzt, befanden sich an der vorderen Seite des Halses und der Brust und an beiden Handgelenken.

Das Allgemeinbefinden war dabei, abgesehen von dem Gefühle der Trockenheit im Halse ein ungetrübtes.

Zuerst wurde am 13. Mai von Herrn Professor Michel versucht, das Ektropium der Lider dadurch zu beseitigen, dass er an jedem Auge zwei an den Commissuren beginnende, nach unten laufende Schnitte führte, die konvergirend in eine Spitze zusammenliefen. Danach wurde die abgelöste Lidhaut nach dem Lidrande verschoben und die Wundränder in der Form eines Y vernäht. Der Erfolg, der anfangs ein guter war, wurde nach einiger Zeit durch den andauernden Narbenzug wieder vollständig aufgehoben.

Deshalb sah sich Herr Professor Hofrath Maas genöthigt, am 29. Juni 1884 die Plastik der unteren Augenlider vorzunehmen; zugleich verband er damit die Plastik der Oberlippe.

Zunächst wurde der rechte Augenlidrand von dem Arcus infraorbitalis durch Incision der Narbe gelöst und durch weitere Präparation bis in das normale Niveau der Lidspalte verzogen. Dadurch entstand ein Defekt von ovaler Gestalt unter den Augen. Zum Ersatz desselben wurde vom äusseren Ende des Ovals ein Schnitt nach oben und aussen geführt von 3 cm Länge, dann im Bogen nach aussen und abwärts von derselben Länge. Dadurch wurde ein Lappen aus der Schläfengegend gebildet, der seine Hautbrücke neben dem Defekt nach aussen hatte. Nach Lostrennung des Lappens von seiner Unterlage wurde derselbe nach innen gedreht, auf den Defekt gelegt und hier vernäht. Der entstandene Defekt an der Schläfe wurde direkt vereinigt. In gleicher Weise wurde auf der linken Seite verfahren.

Hierauf wurde die Plastik der Oberlippe vorgenommen. Zuerst wurde ein viereckiger kleiner Lappen aus der Mitte der übrig gebliebenen Oberlippe unter der Nase gebildet, indem $^1/_2$ cm von der Mitte entfernt ein Schnitt von $^3/_4$ cm Länge nach oben geführt wurde. Vom Endpunkte dieses Schnittes (D und C) (Fig. 49) wurde dann ein bogenförmiger Schnitt nach oben geführt (M N und F G) mit der Convexität nach der Nase zu, dann ein gerader Schnitt nach aussen und etwas nach oben (N O und G H). Darauf wurde dem letzteren parallel von jedem Mundwinkel ein Schnitt von 3 cm Länge geführt (R S und J K). Bei dem letzten Schnitte wurde das

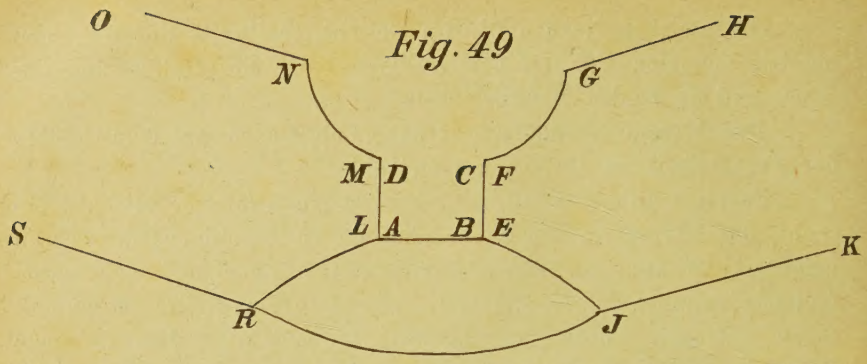



Fig. 49

Messer schräg gehalten, so dass mehr Schleimhaut als äussere Haut stehen blieb. Nachdem die Blutung gestillt war, wurden die beiden Lappen H G F E J K und O N M L R S losgelöst und nach innen und unten verschoben, so dass M L und F E zusammenstiessen und G nach C und N nach D zu liegen kam. (Fig. 50.)

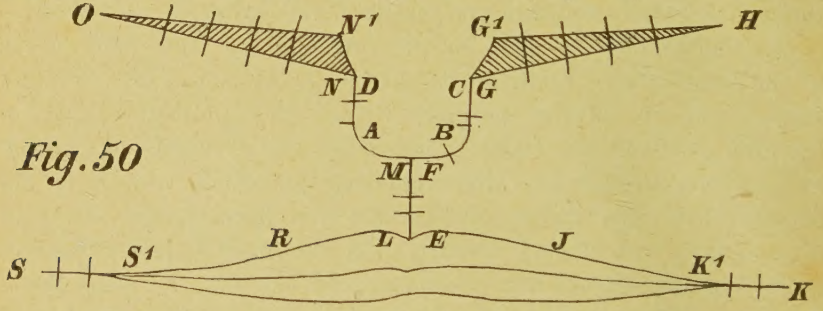



Fig. 50

In dieser Lage wurden die Wundränder mit Catgut vernäht und die Wundränder J K und R S, die jetzt ein Theil des neuen Oberlippenrandes waren, mit der überstehenden Schleimhaut umsäumt. Die wunden Flächen wurden mit Jodoformcollodium bestrichen und mit Borsalbeläppchen bedeckt. Ueberall trat prima intentio ein, und die neue Oberlippe hatte eine Länge von 3 cm und eine Breite von 6 cm.

Der Erfolg war ein guter und dauernder. Patient konnte Augen und Mund wieder vollständig schliessen. Am 5. August wurde zur Besserung des Sehvermögens beiderseits eine Iridectomie nach oben und aussen angelegt, weil die Hornhaut in dieser Richtung etwas durchsichtiger war, als im Centrum. Am 13. August wurde Patient entlassen.

---

Ich sage hiermit Herrn Hofrath Professor Dr. Maas für die gütige Ueberlassung des Themas und Herrn Assistenzarzt Dr. Hoffa für jederzeit freundlichst gewährte Hülfe meinen innigsten Dank.